

292

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1900, à 1 heure

PAR

Marcel CHESNEAU

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

Ex-Aide de Clinique ophtalmologique à l'École de Médecine

Lauréat (bis) (Prix Guépin) de l'École de Médecine

Contribution à l'Étude clinique

DE LA

TUBERCULOSE OCULAIRE

Président : M. PANAS, Professeur

DEBOVE, Professeur.

Juges MM. BRUN, Agrégé.

CHARRIN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1900, à 1 heure

PAR

Marcel CHESNEAU

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

Ex-Aide de Clinique ophtalmologique à l'École de Médecine

Lauréat (bis) (Prix Guépin) de l'École de Médecine

Contribution à l'Étude clinique

DE LA

TUBERCULOSE OCULAIRE

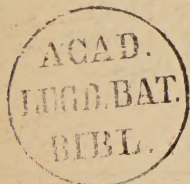
Président : M. PANAS, Professeur

DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. } BRUN, Agrège.

CHARRIN, Agrège

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	{ PANAS.
Clinique d'accouchement	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. DIANOUX

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes et de Pen Bron
Professeur à l'École de Médecine de Nantes

*Faible témoignage d'une grande
reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nous arrivons au moment où, prêt à entrer dans la pratique médicale, le médecin de demain se retourne vers le passé pour exprimer à ses maîtres toute sa reconnaissance.

Pendant six années d'études à l'École de Médecine de Nantes, nous avons trouvé chez les professeurs de cette école, la plus grande bienveillance. Nous les en remercions ici, ainsi que Messieurs les médecins et chirurgiens des hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être successivement l'externe et l'interne.

Nommé aide de clinique ophtalmologique à l'École de Médecine, nous avons trouvé dans le riche service de M. le Professeur Dianoux des matériaux d'études dont l'enseignement du maître nous a aidé à tirer le plus grand profit. En nous permettant d'être plus tard son collaborateur, notre cher maître nous fournit le moyen de lui témoigner tous les jours notre affectueuse reconnaissance.

A Paris nous avons reçu l'accueil le plus ouvert à la clinique de M. le Dr Parinaud qui a eu l'obligeance de nous donner deux observations; nous lui en exprimons toute notre gratitude, ainsi qu'à M. le Dr Morax et à

M. le Dr Sulzer, et nous souviendrons longtemps de l'enseignement si élevé que nous avons reçu chez lui.

M. le Dr de Wecker, nous ouvrant d'une manière toute spéciale les portes de sa clinique, nous a permis d'en utiliser les grandes ressources. M. le Dr Masselon, nous y a donné les preuves de sa grande expérience clinique, et de son extrême amabilité.

Nous sommes heureux de dire ici à ces deux excellents maîtres combien nous leur devons de gratitude.

M. le Professeur Panas a bien voulu, malgré qu'il fut momentanément en vacances, nous faire l'honneur de présider notre Jury. Nous l'en remercions tout particulièrement.

Pendant que nous remplissions les fonctions d'aide de clinique ophtalmologique à l'Ecole de Médecine de Nantes, nous avons pu recueillir plusieurs observations cliniques, concernant des kératites à forme nodulaire présentant une évolution spéciale, et dont la littérature ne contient que fort peu de cas.

OBSERVATION I.

Infiltration nodulaire de la cornée avec sclérite. — Récidives nombreuses, résistant aux moyens thérapeutiques usuels. — Guérison par les insertions sous conjonctivales de poudre d'iodoforme.

Sœur Pl..., 26 ans, religieuse employée à l'Hospice Saint-Jacques se présente le 25 janvier 1899 à la consultation de l'Hotel-Dieu pour son œil droit.

Elle a été prise, il y a huit jours, sans cause appréciable, de douleurs très peu violentes au début, mais ayant un peu augmenté depuis. En l'interrogeant on arrive à savoir que le point de départ de l'injection périkeratique très accusée qu'elle présente actuellement a été dans le méridien horizontal, à quatre ou cinq millimètres environ du limbe, dans le segment externe.

Toute la moitié externe de la conjonctive bulbaire est le siège d'une vascularisation très intense; mais au-dessous de cette injection, mobile sous le doigt, on distingue très nettement la teinte rouge foncé, presque violacée, de la sclérotique.

A l'éclairage oblique, on constate dans toute la moitié externe de la cornée, une infiltration oedémateuse, moins accusée à mesure que l'on se rapproche du centre, et dans laquelle sont étagées le long du limbe quatre granulations d'un blanc sale, tirant légèrement sur le jaune, à contours mal définis et de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces granulations sont *nettement disséminées* et séparées les unes des autres par une bande de cornée infiltrée plus transparente.

La chambre antérieure n'est pas trouble et l'iris ne semble pas contracté.

V = 1/4.

La malade, de taille très normale, sans antécédents personnels aucuns, ne donne cependant pas l'impression de santé et de force à qui l'examine. Le teint à la fois trop blanc et trop rose, avec une vascularisation localisée aux pommettes, l'habitue extérieur, offrant ce quelque chose d'indéfinissable dont on s'est servi pour décrire le type du candidat à la tuberculose, nous disent que la malade est un terrain favorable à l'infection bacillaire.

Fille unique d'une mère morte phthisique depuis longtemps, elle n'offre aucun stigmate de syphilis héréditaire. Il semble difficile d'incriminer la syphilis acquise. — Les poumons sont intacts.

M. le Pr Dianoux pose le diagnostic de scléro-kératite tuberculeuse et prescrit un traitement consistant en instillations d'atropine, révulsion énergique sur la tempe droite. Pilules de quinine et iodoforme à l'intérieur.

30 Janvier. — L'iris, qui s'était dilaté péniblement, ne semble pas participer à l'infection. Tension normale.

1^{er} février. — L'infection sclérale est aussi violente. Mais on distingue très facilement un gonflement d'aspect *gommeux*,

siégeant dans le méridien horizontal à quatre millimètres du limbe, au point où la malade localisait le début de son affection.

M. le Professeur Dianoux applique sur l'endroit tuméfié une dizaine de pointes de feu, et porte également le thermo-cautère sur les nodules corniens.

3 février. — Une poussée, a fait apparaître, en plein centre de la cornée, une petite tache circulaire et d'une coloration louche, dont la présence a fait tomber l'acuité visuelle de $1/4$ à $1/20$.

5 février. — Rien ne réussissant, on pratique au point surélevé une injection sous conjonctivale profonde, ou mieux *épiscélérale* d'une seringue de Pravaz d'eau de mer stérilisée.

7 février. — La douleur est presque disparue. Mais il ne semble pas que l'invasion du tissu cornéen soit annihilée. Entre la tache centrale et les nodules du limbe, il y a eu une éruption de nouvelles granulations jaunâtres, en même temps que se développent, autour du foyer primitif de sclérité, d'autres bosselures de couleur violacée, livide, donnant à tout le segment externe du bulbe un aspect marronné.

Le sirop de Gibert, à la dose de deux cuillerées à soupe par jour, est adjoit au traitement.

17 février. — Etat stationnaire. Trois autres injections sous-conjonctivales d'eau de mer sont pratiquées sans résultat.

19 février. — Apparition d'une bosselure en bas.

24 février. — Toutes les taches louches sont devenues des granulations. Mais il est intéressant de remarquer que la couleur en est moins jaune et que le nodule central est bien moins net.

Pendant la fin du mois de février la marche progressive suit son cours, par un processus toujours le même : apparition d'une boursoufflure sclérale puis formation d'un nodule cornéen.

A ce moment l'aspect du globe est assez caractéristique. Les nombreuses bosselures, élargissant, les diamètres du bulbe au

point de lui donner l'apparence aplatie d'un œil très fortement hypermétrope, font tout le tour du limbe : la cornée séparée de la zone de sclérite par un sillon de quelques millimètres où la sclérotique est saine, prend une apparence surélevée, comme si elle tendait à se pédiculiser.

1^{er} et 2 mars. — Les taches granuleuses atteignent maintenant presque le bord gauche. Mais, phénomène de plus en plus net, le point jaune central manque complètement. Il y a certainement épuisement, diminution de virulence de l'organisme infectant, les lésions sont avortées.

4 mars. — Depuis quelques jours de nombreuses varicosités, se sont développées à la paupière supérieure, plus denses et plus violacées au voisinage du bord libre. La glande lacrymale accessoire, injectée et hypertrophiée se luxe facilement dans le regard en bas et paraît prendre une part atténuée à l'infection bulbaire.

5 au 25 mars. — Le seul détail à noter est un très léger éclaircissement des opacités nées les premières.

Sous l'influence d'une pommade à l'iodoforme, prescrite depuis quelques jours, il y a un commencement de décongestion, mais lent, pénible, ne rappelant en rien l'apaisement brusque, rapide, des infections cornéennes en voie de réparation.

Mois d'Avril. Pendant ce mois, accalmie relative. Les îlots de sclérose cornéenne se limitent, et l'œdème de voisinage diminuant autour d'eux, les bandes plus claires, bien qu'encore troubles, qui séparaient au début les nodules, revêtent maintenant la presque transparence d'une cornée saine.

Parallèlement à cette modification d'heureux pronostic, les ectasies scléroticales rentrent peu à peu au niveau normal, tout en gardant une teinte violacée.

Les symptômes subjectifs sont toujours peu accentués.

La douleur, la photophobie sont presque nulles.

Le traitement iodoformé intus et extra est continué, avec l'atropine. Le sirop de Gibert, qui n'a donné aucun résultat, a été supprimé.

La malade, prend en plus des dragées de Rabuteau, et applique des compresses chaudes sur l'œil droit, car il y a une légère hypotonie.

L'acuité visuelle ne dépasse pas la perception des mouvements de la main.

Mois de Juin. Sans donner de signes précis de récidence, l'affection reste encore à l'état latent : des alternatives de rougeur du bulbe suivies d'accalmies momentanées, prouvent que l'infection résiste à la thérapeutique qu'on lui oppose.

Désireux de raviver autant que possible la vitalité du tissu cornéen, M. le Pr Dianoux, pratiquant ce qui réussit souvent si bien dans les infections cornéennes, essaie les paracentèses répétées (1).

La plaie de la paracentèse est ouverte au stylet par nous pendant huit jours consécutifs sans que le procédé donne satisfaction.

28 *Juin.* La sœur arrive à la consultation se plaignant fort de son œil. La cause est facile à trouver : un nouveau foyer de sclérite est survenu dans le seul endroit qui auparavant était resté indemne, en dedans, dans le diamètre horizontal et au point symétriquement opposé au premier foyer.

De guerre lasse M. le Pr Dianoux se décide à porter plus près du mal l'unique médicament que l'on puisse rationnellement employer ici, l'iodoforme.

Il pratique, sur le point surélevé et injecté, une incision de la conjonctive bulbaire en forme de croissant à concavité tournée vers la cornée. Puis, par cette ouverture, longue de cinq à six millimètres, il dissocie, avec les ciseaux courbes à pointes mousses, le tissu sous conjonctival, comme pour une opération de strabisme, créant ainsi une sorte de poche, dont le diamètre soit plus grand que celui de l'orifice d'entrée.

(1) L'iris fut très légèrement entraîné vers la plaie ; mais il n'y eut pas de véritable enclavement. On ne peut donc incriminer cette petite complication, la pupille n'ayant presque pas subi de déformation.

Par cette incision on fit pénétrer dans la poche gros comme une lentille d'iodoforme pulvérisé. La suture fut jugée inutile.

29 Juin. Le lendemain réaction assez vive, mais sans aucune douleur.

3 Juillet. La sclérotique a pâli visiblement.

6 Juillet. La saillie que formait la lentille d'iodoforme insérée sous la conjonctive, s'est déjà aplatie au moins de moitié. On peut en conclure que l'iodoforme est absorbé rapidement.

9 juillet. — L'iodoforme a disparu. On pratique une nouvelle insertion au même endroit.

18 juillet. — Troisième et dernière insertion, sur le même diamètre mais cette fois du côté externe.

Celle-ci mit plus longtemps à se résorber et ce n'est que vers le 5 août que toute injection disparut.

20 juillet. — L'œil est complètement décongestionné. La tension est normale. Les symptômes subjectifs sont disparus. Tous les nodules cornéens ont perdu leur couleur sale, ils sont maintenant d'un blanc plus franc et la cornée présente l'aspect d'un morceau de marbre, où s'entrecroisent des stries blanches à diverses directions, séparées de temps à autre par une mince bande de tissu sain.

La malade compte très difficilement les doigts à 25 cm.

1^{er} août. — On commence, en vue d'éclaircir la cornée, le traitement par les injections sous-conjonctivales d'eau de mer stérilisée, traitement qui donne de si excellents résultats.

24 août. — Trois injections ont été pratiquées. *La malade compte facilement les doigts à 30 cm.*

L'œil a repris sa forme sphérique. Sauf en un point, le dernier pris, qui reste un peu bombé et de teinte légèrement ardoisée.

Nous avons revu la malade en janvier 1900. Elle est complètement guérie et le traitement de ses opacités cornéennes a été continué avec un succès tel, qu'elle lit le n° 6 de l'échelle de Wecker.

OBSERVATION II

Episclérite durant trois mois, avec éruption de nodules cornéens marginaux. — Guérison.

Marie S..., de St.-Père-en-Retz, 18 ans.

Campagnarde de bonne taille, mais pâle et d'aspect lymphatique.

N'a pas, sauf une angine sans signification précise, d'antécédents personnels. Cependant elle dit avoir été toujours faible et souffreteuse.

Réglée à 14 ans, elle n'a de retard dans l'apparition de ses règles que depuis deux mois.

Elle n'a jamais de bronchites, possède une dentition parfaite et est née de parents sains, actuellement vivants, qui ont eu deux autres enfants vigoureux.

Aucun symptôme de syphilis acquise n'est constaté.

Depuis deux mois, elle a l'œil droit un peu rouge.

Cette infection survenue sans cause, ne l'a fait presque jamais souffrir. Tout au plus ressent-elle par moments comme une brûlure très légère.

Ses paupières n'ont jamais été collées au réveil et elle n'a jamais eu de sécrétion conjonctivale. Elle dit avec beaucoup d'assurance que c'est toujours la partie inférieure du « blanc de l'œil » qui a été rouge, et que la rougeur n'était au début pas plus large qu'une lentille.

Une phase stationnaire a été suivie de l'apparition dans la cornée de deux petites taches rondes, avec une diminution d'acuité visuelle qui l'inquiète et l'a engagée à venir se faire examiner.

Dans le segment inférieur de la cornée, à deux millimètres du limbe, se présentent deux taches rosées au centre desquelles on voit un petit point nodulaire jaunâtre. Les bords de la

granulation se perdent dans une tache plus grande, trouble et circulaire, dont on ne peut voir la limite précise.

L'iris est normal, la chambre antérieure transparente et l'acuité = 1/2.

L'éclairage oblique permet de constater l'intégrité absolue de l'épithélium antérieur de la cornée, et la nature exclusivement parenchymateuse de l'affection.

Le segment inférieur du bulbe est le siège d'une injection périkeratique de moyenne intensité.

Diagnostic posé : Kératite tuberculeuse à début scléral.

Traitement. — Atropine. Huile de foie de morue iodée. Injections sous conjonctivales d'eau de mer.

10 mars — L'injection périkeratique a diminué. La conjonctive laisse très facilement voir par transparence un foyer de vaisseaux profonds, non mobiles, qui correspond certainement au foyer primitif de sclérite.

La vascularisation de défense a commencé son œuvre et deux pinceaux de capillaires partent du limbe pour aller secourir les deux points malades. Leur action est efficace car les granulations dont le centre était au début plus jaune sont maintenant d'une coloration uniforme et plus transparentes.

30 mars. — Toute injection a disparu ; les nodules en voie de résorption manifeste ont diminué de diamètre.

10 avril. — Il ne reste plus comme vestiges de l'affection que deux très petites opacités circulaires dont la présence n'incommode en rien la malade. V = 1

OBSERVATION III (résumée)

Episclérite. — Eruption nodulaire du limbe cornéen. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

M^{lle} R..., 24 ans, domestique.

Sans aucun antécédent tuberculeux personnel ou héréditaire. Pas de syphilis ni de rhumatisme.

Tempérament délicat. — Régée normalement, et absence de leucorrhée.

En janvier 1899. — La malade est vue par M. le prof^r Dianoux, qui constate un bouton d'épisléríte, à la région supérieure de l'œil droit. La cornée était à ce moment absolument intacte. Echec du salicylate de soude et de la cocaïne.

En février. — Apparition d'un nodule à 2 mm. du limbe, juste au-dessous du foyer d'épisléríte,

20 mars. — Soumise à un traitement reconstituant : huile de foie de morue, pilules d'iodoforme.

Cependant quatre nouveaux nodules viennent se montrer, rangés au bord supérieur de la cornée, et logés dans une bande d'œdème cornéen large de trois millimètres, occupant la marge de la cornée. Injection périkératique profonde très marquée. $V = 2/3$.

Mois de Mai. — L'état local reste à peu près le même.

L'absence de photophobie et de douleurs, donne à l'affection une marche torpide accentuée encore par la lenteur de son évolution. *L'iris reste indemne.*

L'état général est mauvais : la jeune fille a maigri, elle est pâle, accuse un affaiblissement progressif, une perte d'appétit, des sueurs nocturnes.

Elle tousse et dit avoir perdu 6 kilogrammes de son poids en trois mois. Légère submatité du sommet gauche.

Revue en juillet, très améliorée. Il ne reste plus de sa kératite que deux ou trois petites opacités cornéennes. L'iris est en parfait état. Fond d'œil normal.

L'état général est un peu meilleur.

En janvier 1900, nous avons eu occasion de la revoir. Elle est un peu mieux et son affection oculaire n'a pas récidivé.

Nous devons à M. le P^r Dianoux deux observations analogues recueillies par lui dans sa clientèle privée.

OBSERVATION IV (Dianoux)

X..., 35 ans, comptable dans une maison de commerce : tuberculeux soigné depuis des années, très pâle, dyspeptique avec phénomènes suspects des sommets.

Apparition dans le secteur externe de l'œil gauche d'un foyer d'épiscélérte bien caractérisé.

Quelques jours après, éruption dans la cornée d'une vingtaine de granulations jaunâtres du volume d'un grain de millet.

L'évolution dura plusieurs semaines et la kératite ne céda que lentement au traitement iodoformé pratiqué à l'intérieur et en pommade.

Le malade est encore vivant et de santé toujours précaire : son affection oculaire survenue il y a dix ans n'a pas récidivé.

OBSERVATION V (Dianoux)

Jeune femme de 25 ans, nourrice.

Est prise d'une sclérte localisée à l'œil gauche.

A la suite de la sclérte, survient une infiltration du segment inférieur de la cornée avec formation de granulations miliaires jaunes typiques.

Les parents de l'enfant lui font, sur le conseil de M. Dianoux, cesser l'allaitement.

Elle n'a pas été revue depuis.

Avant de discuter le diagnostic posé dans ces observations, diagnostic que la clinique seule pourrait faire établir, parcourons la littérature ophtalmologique. Quelques travaux expérimentaux, et des observations contrôlées par l'anatomie pathologique donneront une base

encore plus solide au tableau clinique dont nous tentons la description.

Les classiques sont à peu près muets sur la question de la tuberculose cornéenne.

En 1899, *Haensell*, entreprit des recherches expérimentales sur les animaux, dans le but d'étudier les inoculations de tuberculose dans la cornée.

En 1885, *Benson* présente à la société d'ophtalmologie, du Royaume-Uni, une jeune fille de 18 ans, de constitution lymphatique et de parenté suspecte, chez laquelle la cornée et l'iris étaient parsemés de petites tumeurs jaunes verdâtres, rappelant les tubercules et qui furent reconnus plus tard comme étant de nature bacillaire.

En 1885, *Panas* rapporte l'observation très intéressante de tuberculose cornéenne que nous résumons.

OBSERVATION VI (*Panas*) (résumée)

Dame de 30 ans, de santé délicate et à sommets suspects.

Après avoir éprouvé de vives douleurs ciliaires la malade se présente avec une infiltration interstitielle diffuse, du segment supérieur de la cornée, accompagnée d'injection *épiscérale*.

Vers le treizième jour, l'opacification atteint le centre, et présente, noyée dans sa masse, une éruption de grains blancs, jaunâtres, rappelant l'aspect des tubercules miliaires.

Au fur et à mesure de leur évolution, ces grains se fusionnèrent et vers la quatrième semaine toute la partie infiltrée s'ulcéra. La perte de substance à fond jaunâtre et à bords déchiquetés, progressa quelques temps par l'adjonction de nouveaux tubercules marginaux (récidives).

Il n'y eut ni hypopyon ni *iritis*.

La cicatrisation se fit péniblement et demanda *trois mois*.

Deux ans plus tard la transparence cornéenne était suffisante pour la lecture de gros caractères d'imprimerie.

Le Pr Panas et son chef de laboratoire Vassaux, reprirent les expériences de Haensell et arrivèrent à décrire l'aspect que prennent les lésions occasionnées par l'introduction des bacilles de Koch dans la cornée du lapin. Le tableau peut se résumer ainsi.

Opalescence accompagnée d'injection épisclérale, localisée, en pinceau,

Formation au sein de cette infiltration, de nodules miliaires jaunâtres, se fusionnant, puis s'ulcérant.

Eruptions successives de nouveaux nodules.

Ulcération, nécrose.

Elimination des produits nécrosés et réparation.

Evolution d'une lenteur extrême : quatre mois.

Intégrité constante du tractus uvéal et de l'organisme.

En 1889, paraît la thèse de Rachet, et l'auteur tire de son étude, entre autres conclusions, celles-ci qui nous intéressent particulièrement.

1° La tuberculose cornéenne reste limitée à la cornée pendant son évolution.

2° Elle procède par *poussées successives*.

3° L'économie générale reste indemne,

L'observation de *Zimmermann* est des plus démonstratives.

OBSERVATION VII (résumée) (Zimmermann).

Femme de 24 ans, sans antécédents.

Début sur l'œil gauche par un foyer d'*épislérite*.

Apparition consécutive, en un point très voisin, d'un foyer d'infiltration. Pas de troubles subjectifs.

Cet état persiste pendant trois mois puis la réparation se produit par vascularisation.

Légère iritis *sans granulation*.

Six mois après le début, rechute du coté opposé sur le même œil.

La vision ayant été abolie par des troubles du vitré et de l'uvée l'énucléation fut pratiquée.

Examen du bulbe. — Nous y notons, en dehors de la constatation de tubercules typiques à cellules géantes dans les couches profondes de la cornée, la présence d'une *ectasie scléroticale* à la partie supérieure du globe. Il y avait donc eu plus que de l'épislérite et la trame sclérale avait été dissociée;

Le corps ciliaire était sain.

Revenons à nos observations personnelles. Tout d'abord faisons remarquer l'impossibilité ou nous étions de soutenir le diagnostic par un examen bactériologique. Dans aucun cas l'ulcération ne survint et il était complètement irrationnel de la provoquer pour recueillir un fragment du tissu malade.

Procédant par élimination, nous écarterons les diverses étiologies que la clinique refusait à ces kératites granuleuses.

Auparavant, nous compléterons la dénomination qu'il faut leur donner en les appelant des *sclérokératites*. —

En effet, indépendamment de la réaction vasculaire qui accompagne ici l'altération cornéenne, comme dans la kératite parenchymateuse vulgaire et qui traduit la défense des tissus, il y a, dans tous les cas, participation de la sclérotique, participation qui se dévoile par les deux signes cardinaux des sclérites : *bosselure*, et *injection profonde* d'un rouge vineux, *en foyers*. Cette localisation de l'infection, qui disparaît dans la plupart des cas, laisse quelquefois une teinte ardoisée à la sclérotique (obs. I) ou même une ectasie. (obs. de Zimmermann).

On peut même préciser les rapports des éruptions nodulaires cornéennes avec les boutons de sclérite en disant qu'elles leur sont consécutives. Cela ressort de la plupart des observations que nous avons rassemblées plus haut. Il est difficile par exemple, dans l'obs. I, de ne pas voir une relation étroite entre l'apparition des foyers scléaux et l'éruption presque immédiate d'une granulation jaune en un point *très rapproché*.

Aurait-on pu rattacher ces kératites au *rhumatisme*, le grand ennemi de la sclérotique ? non, car la sclérochoroïdite antérieure, son nom l'indique, atteint le plus souvent le tractus uvéal et laisse pour signature des reliquats d'iritis plastique. Se propageant dans la cornée en passant directement par le limbe, sans laisser aucun intervalle sain, elle l'envahit comme une marée, d'un mouvement continu et si les opacités sont quelquefois marbrées, elles ne sont jamais de type nodulaire. Aucune

des observations que nous rapportons ne fait d'ailleurs mention d'antécédents arthritiques.

Devait-on incriminer la *syphilis acquise* ? Les kératites consécutives à cette infection sont encore mal connues.

Il ne semble pas qu'elles aient le caractère récidivant et une fois l'opacité interstitielle apparue, la papule formée, l'affection en reste là.

Mais la *syphilis héréditaire* ? Aucune de nos malades n'était tarée. La triade d'Hutchinson se trouvait en défaut dans tous les cas. Sans insister sur cet argument, il est difficile d'assimiler une kératite parenchymateuse diffuse, qui tantôt descend comme un voile de fumée sur la cornée, tantôt l'envahit dans un secteur, avec les éruptions à forme *nodulaire, de couleur nettement jaunâtre et récidivante*, que nous avons exposées.

La forme même de la vascularisation secondaire diffère.

Dans la kératite interstitielle ordinaire les vaisseaux de réparation s'étendent en nappe d'une façon uniforme.

Tandis que dans les kératites granuleuses, on voit un pinceau de vaisseaux parfaitement délimité, et quelquefois de forme triangulaire, qui se rend directement au point malade, s'y arrête brusquement et ne passe jamais à côté.

La question de terrain est une des plus importantes pour le clinicien : il n'est pas inutile de faire remarquer que la plupart des malades sont des femmes, des jeunes filles ne dépassant pas la trentaine, et qui toutes, sans

présenter de maladies organiques accentuées, sont cependant d'une constitution faible et lymphatique.

Nous sommes amenés à conclure de ce qui précède qu'il y a une forme de tuberculose oculaire caractérisée :

1° par son début dans la sclérotique.

2° par l'éruption tantôt simultanée, tantôt plus ou moins éloignée, dans la cornée de nodules d'un gris jaunâtre, plus opaques au centre, noyés dans une atmosphère d'infiltration uniforme, et ayant une tendance très marquée à la récurrence et à l'extension. Ces nodules apparaissent d'abord à la marge de la cornée, et sont séparés du limbe par quelques millimètres de tissu cornéen simplement infiltré ou œdémateux.

3° par l'absence de phénomènes inflammatoires du tractus uvéal. En tous cas, lorsqu'il y a iritis, il n'y a pas de tubercules visibles, et l'iritis est très bénigne, cédant facilement à l'atropine.

4° par la lenteur de l'évolution et la bénignité des symptômes subjectifs (absence de douleur et de photophobie).

M. le Pr Dianoux, notre cher maître, est le premier à avoir décrit cette forme, dans la communication qu'il fit à la société d'Ophtalmologie de Paris en 1895.

Ce n'est pas la seule modalité sous laquelle le bacille de Koch envahit la cornée : en lisant les observations nombreuses d'iritis tuberculeuses, on trouve la description de formes graves, dans lesquelles la tuberculose irienne se propage à la cornée, par *l'angle irido-cornéen*; les tubercules logés dans cet angle arrivent à *ulcérer* la

membrane de Descemet, amenant ainsi une infection souvent très grave de la cornée. Nous n'en citerons que deux exemples : l'observation de Roy et Alvarez (1885), et celle de Coppez (1896), dans lesquelles la cornée tout entière fut transformée en une *masse pulpeuse* contenant des bacilles de Koch.

Enfin on rencontre des cas où la kératite, affectant la *forme parenchymateuse*, diffuse, est *secondaire*, et peut être envisagée comme le retentissement sur la cornée d'une affection tractus uvéal antérieur. Nous lisons par exemple dans la première observation (1) de tuberculose irienne rapportée en 1899 par M. le Dr Parinaud à la société de chirurgie. « Ce qui frappe tout d'abord c'est une infiltration blanchâtre de la cornée occupant surtout la moitié inférieure. Cette altération est secondaire. » — Bach, Bürstenbinder et Albrandt ont étudié des cas analogues ; les observations de Bach ont trait à des infiltrations consécutives à des tuberculoses du ligament pectiné.

Plusieurs fois on a noté (Michel entre autres) l'apparition presque simultanée de tubercules de l'iris.

Cette manifestation visible, tangible de l'infection n'est pas constante et dans certaines irichoidites sans tubercules apparents, comme celle observée à Pen-Bron par M. le Prof^r Dianoux, et dont nous donnons plus

(1) Cette observation n'est pas, chronologiquement, la première, mais elle a donné le signal aux nombreuses études faites sur la question des iritis tuberculeuses.

loin (obs. VIII) l'histoire, il peut y avoir altération secondaire du parenchyme cornéen.

Cette forme, comparable aux troubles que l'on constate quelquefois dans les irido-choroïdites de nature rhumatismale, est vraisemblablement une altération de nutrition, et nous paraît offrir un intérêt moindre, en tant que la localisation de la bacillose dans la cornée.

II

Lorsque une affection oculaire tuberculeuse se présente sous une forme bien définie, et que les symptômes en sont accusés, le diagnostic peut se faire sans trop d'incertitude. — Qu'il s'agisse de tuberculose du segment postérieur, ou d'éruption granuleuse de l'iris, les signes en sont maintenant bien connus.

On trouve décrits dans les classiques les types divers que peut revêtir l'infection soit dans la choroïde, soit par propagation en avant, dans le tractus uvéal antérieur : granulations disséminées, ou tubercule plus volumineux formé par agglomération de foyers moins considérables. Nous ne nous y arrêterons pas, et donnerons de suite deux observations qui, si le diagnostic précis de tuberculose n'y pouvait être posé, gardent cependant de l'intérêt en raison de leur évolution.

OBSERVATION VIII (Dianoux)

D..., Emile, 15 ans, soigné à l'hôpital de Pen-Bron, pour une ancienne irido choroïdite de l'œil droit opérée depuis deux

ans et accompagnée d'infiltration de la cornée. — V = voit à peine les doigts.

En février 1899. — Nouvelle poussée sur cet œil avec injection de toute la conjonctive bulbaire. Le traitement au salicylate de soude suivi jusqu'ici ne donnant aucun résultat satisfaisant le traitement mercuriel est entrepris sous forme d'injection intra-musculaires de cyanure de mercure (sol. à 1/200. — 2/3 de cent. cube tous les deux jours).

Le traitement continué jusqu'au 19 mars reste sans effet, et est remplacé à ce jour par la quinine (0, 25 par jour). — Traitement local, atropine.

7 avril. — Envahissement de l'œil gauche par une irido-choroïdite à marche aiguë.

Traitement ; 0,30 d'iodoforme en pilules tous les jours. — Deux sangsues à la tempe gauche. Malgré cela, au bout de quelques jours le malade ne peut plus se conduire seul.

21 avril. — M. Dianoux pratique l'iridectomie sur l'œil gauche.

15 mai — Amélioration marquée mais l'acuité visuelle reste inchiffable. De plus, la cornée présente, à son centre un foyer à peu près circulaire d'infiltration rappelant la kératite interstitielle avec vascularisation.

À la même époque M. le Dr Dianoux intervient sur l'œil droit de la façon suivante : il pratique à la conjonctive bulbaire une boutonnière par laquelle il introduit après décollement d'une légère étendue de tissu cellulaire sous conjonctival, gros comme un grain de chénevis de poudre d'iodoforme.

Le bandeau compressif est appliqué.

Les jours suivants douleur nulle, réaction modérée.

Au bout de cinq jours disparition complète de l'iodoforme. — Le huitième jour le malade compte les doigts à 30 cm.

1^{er} juin. — V = 1/30 (Echelle de Wecker).

Le 9 juillet et le 20 juillet, nouvelles applications sous-conjonctivales d'iodoforme.

A ce moment le malade peut lire de son œil droit, les lettres de l'échelle correspondant à l'acuité 1/5.

Dans les jours qui suivirent, il fut pris d'une fièvre légère, accompagnée d'anorexie, de céphalalgie et de nausées. En même temps l'œil droit s'injecta un peu plus que de coutume.

Le jeune malade resta à Pen-Bron jusqu'en septembre 1899. Pendant la fin de son séjour, il y eut encore une poussée inquiétante sur l'œil gauche. Mais en septembre l'état était le même qu'en juin.

OBSÉRVATION IX (inédite) (Parinaud).

Irido-cyclite et cataracte d'origine probablement bacillaire

M^{lle} P..., 9 ans, m'est adressée en novembre 1899 par le D^r Barthélemy, pour une cataracte de l'œil droit dont on a remarqué l'apparition quelques mois auparavant.

Ce qui frappe tout d'abord, ce sont des *synéchies* presque complètes, avec *hypotonie* du globe. Il s'agit donc d'une cataracte *secondaire* : le cristallin apparaît comme une opacité complète, au travers de la pupille rétrécie. L'atropine dilate à peine l'iris.

Bonne projection dans tous les sens.

L'opacité cristallinienne est d'un blanc nacré, non pas d'une teinte uniforme comme dans les cataractes molles, mais irrégulière, comme crétacée dans certains points, comme dans les cataractes régressives onctueuses. Le père, un savant éminent, m'affirme cependant que l'apparition de cette cataracte ne remonte pas à plus de *quatre ou cinq mois*.

La syphilis n'étant pas en cause, l'iridocyclite ayant une évolution absolument torpide, mon impression fut qu'il s'agissait d'une irido-choroïdite bacillaire, opinion qui fut confirmée plus tard par le P^r Lannelongue avec qui je vis la malade en consultation et qui me dit l'avoir soignée pour de la tuberculose

osseuse caractérisée. Le Dr Barthélemy ne put trouver aucune autre diathèse à laquelle imputer l'irido-cyclite.

Je fus d'avis, avant toute intervention, d'observer l'évolution et d'établir avec une bonne hygiène un traitement arsénical avec huile de foie de morue.

Pendant deux ans, je tins en observation la malade : la projection restait bonne, même avec de faibles intensités lumineuses, ce qui prouvait l'absence de progrès de l'infection et sa limitation au segment antérieur. La tension était sensiblement meilleure.

En octobre, au retour des vacances, je trouve l'iris notablement proéminent dans la chambre antérieure. Je pratique une iridectomie supérieure qui ne provoque aucune réaction. La pupille artificielle se rétrécit et l'iris proémine de nouveau en avant. Je me décide alors à extraire la cataracte. L'opération a lieu le 24 janvier 1900, en présence du Pr Lannelongue.

Prévoyant l'oblitération de la pupille après l'extraction j'avais d'abord songé à pratiquer une iridectomie inférieure, comme je fais ordinairement en pareil cas, de manière à obtenir avec ces deux iridectomies, une fente verticale. Pour différentes raisons, je fis l'extraction par kératotomie supérieure, me réservant de de faire plus tard l'iridectomie.

La cornée incisée, j'eus soin de détacher le plus complètement possible les adhérences iriennes avec le kystitome. La cataracte n'ayant, après incision de la capsule, aucune tendance à sortir je pratique l'extraction à la pince; elle fut difficile. Ma pince saisit une masse dure que je pris pour la capsule épaissie, et le Dr Morax, que je chargeai d'exciser une partie que j'attirai hors de la place fut frappé, à l'excision, de sa consistance cornée.

L'opacité dût être morcelée en trois segments et fut extraite complètement. Mais je dus en outre retirer à la curette des masses cristalliniennes ayant leur consistance normale : j'insiste sur ces particularités opératoires, pour montrer qu'il s'agissait d'une *cataracte tout à fait anormale*, autant par ces carac-

tères que par son évolution : à la fin de l'opération le vitré fit légèrement hernie dans la plaie, mais sans s'écouler, ce qui prouve qu'il n'était pas ramolli.

Les suites furent des plus simples, et il n'y eut aucune réaction malgré la durée des manœuvres opératoires. Actuellement la pupille s'est refermée comme je le prévoyais. Mais la perception lumineuse étant très bonne, j'espère, avec une iridotomie que je me propose de pratiquer ultérieurement, obtenir un bon résultat définitif.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DU FRAGMENT DE CRISTALLIN.

Par le Dr Morax, chef de Laboratoire de l'Institut Pasteur.

Les lambeaux ont été fixés et durcis dans l'alcool et inclus dans la celloïdine. Ils ont une consistance *fibreuse* et une adhérence telle de leurs bords avec l'iris ou la région ciliaire, qu'il avait fallu se servir de la pince pour les extraire ou de la pince-ciseaux pour les libérer. Il était dès lors très difficile de les orienter et de se rendre compte de leur provenance exacte.

Les lambeaux les plus volumineux, qui semblent provenir de la périphérie de la cataracte présentent à la coupe à un faible grossissement les apparences du sarcome fasciculé, mais ce n'est là qu'une analogie grossière destinée à faire saisir au lecteur l'irrégularité de disposition des fibres cristalliniennes altérées.

Sur l'une des faces de ce lambeau on retrouve la capsule, dérivant de nombreux festons, ne gardant plus qu'en deux points le contact avec le tissu cristallinien. Cette capsule présente l'aspect d'un ruban régulier, sans verrucosités et sans modification apparente de sa constitution.

Le parenchyme sous jacent à cette capsule offre un contour des plus irréguliers, revêtant même sur une des faces un aspect *papillaire* très particulier : on constate une série de saillies irrégulières et de volume inégal, séparées par des dépressions. Sur cette face papillaire, l'épithélium capsulaire qui norma-

lement devrait la séparer de la cristalloïde, a complètement disparu ; on n'en retrouve pas de traces. En d'autres points, par contre, on voit des espaces remplis de cellules épithéliales irrégulières. Le tissu compact est formé de fibres cristalliniennes dont la plupart sont sclérosées, irrégulières et présentent entre elles des lacunes dont plusieurs sont considérables, et impriment aux fibres un changement de direction. Quelques-unes siègent en plein parenchyme, *loin de la capsule* et sont occupées par une masse compacte de cellules volumineuses à gros noyau, dans le protoplasma desquelles on voit des *granulations pigmentaires* arrondies et qui paraissent de *provenance hématique* bien qu'on n'observe nulle part de vaisseaux dans le tissu cristallinien. On rencontre aussi nombre de gros noyaux semblant dépendre des fibres cristalliniennes. Nulle part on ne trouve de leucocytes nets.

Dans chacune de ces deux observations, un peu différentes quant au fond, il était difficile de poser un diagnostic très précis au premier moment. Mais plus tard, la *présomption* en faveur d'une infection bacillaire s'affirmait. Dans le premier cas, les diathèses sur le compte desquelles on met d'ordinaire les iridochoroïdites faisaient défaut : ce jeune garçon de quinze ans n'était ni syphilitique, ni rhumatisant ; on ne pouvait invoquer que ces infections de nature presque complètement ignorée que l'on observe au moment de la puberté, chez les jeunes sujets, ou bien la bacillose : un argument vint plaider en faveur de cette dernière étiologie ; le traitement par l'iodoforme fut suivi de succès. La notion de spécificité des médicaments, n'a certes rien d'absolu, mais si le mercure joue bien souvent le rôle d'antiseptique dans beau-

coup d'affections non syphilitiques, qu'il améliore et guérit, on ne lui refuse pas pour cela une valeur énorme dans le diagnostic *a posteriori* des maladies véritablement syphilitiques. Nous en dirons autant de l'iodoforme : il serait peu philosophique de supposer que ce médicament a été créé par la nature dans le but exclusif de guérir la tuberculose locale, mais il n'en est pas moins vrai que de tous les médicaments employés contre le bacille de Koch, c'est lui qui garde la première place. Dans le cas qui nous occupe, les divers antiseptiques que l'on oppose aux diathèses ont été essayés : salicylate, mercure, quinine, sont restés sans effet. Mais du jour où on emploie l'iodoforme, sous une forme particulière, le tableau change, et la vue revient. La cornée, éclaircie en quelques jours possède au bout de trois insertions d'iodoforme une transparence suffisante pour lire de gros caractères !.

Dans l'observation que nous a si obligeamment communiquée le Dr Parinaud, l'étiologie est aussi difficile à préciser : aucune des diathèses communes n'est en cause, d'après l'avis même des médecins de la famille, mieux renseignés que personne sur ce point. De ce côté, tout est négatif : mais dans l'autre plateau de la balance, un renseignement important ! La jeune malade, indemne sur tous les autres points, a été soignée par le Pr Lannelongue pour une tuberculose osseuse, caractérisée. Cette notion jetait un jour nouveau sur le diagnostic. En présence de cette iridocyclite torpide, évoluant en

plusieurs années, sans fracas, amenant par de sourdes récidives, l'oblitération presque complète de la pupille, chez une enfant déjà touchée par le bacille. M. le Dr Parinaud put faire le diagnostic clinique de tuberculose.

L'examen du fragment de cataracte, sans en fournir la preuve, montre bien qu'il s'agissait d'une forme très anormale. D'abord sa consistance, *presque fibreuse*, comme cornée, mais non crétacée se laissant difficilement couper. Puis l'adhérence inusitée au cercle ciliaire. Enfin l'aspect microscopique, l'aspect *papillaire* de la surface, et l'existence de lacunes parenchymateuses pleines de cellules à gros noyaux, *loin de la surface*. La constation de pigment probablement hématique doit faire penser à une vascularisation disparue du parenchyme.

Affirmer la tuberculose du cristallin est impossible, en l'absence de bacilles : mais ne peut on pas supposer l'envahissement de cet organe, après altération de sa cristalloïde, par une infection localisée au voisinage ? Nous voyons bien les masses cataractées s'infecter, à la suite d'une plaie septique de la cristalloïde, et il n'y a, croyons-nous, rien d'illogique à supposer l'altération de cette tunique, alors que nous voyons bien souvent la membrane de Descemet, se laisser traverser par les processus infectieux après une longue résistance.

III

Il est naturel, en présence d'une affection oculaire que l'on diagnostique tuberculose, de se demander si elle est primitive, bien s'il existe quelque part ailleurs, dans l'organisme, un foyer bacillaire d'où est venue l'infection.

La pathogénie de la tuberculose oculaire, est encore bien obscure, et si beaucoup d'auteurs ont émis des opinions contradictoires c'est que les éléments nécessaires pour résoudre la question ne nous sont pas encore acquis.

De la coexistence plus ou moins fréquente d'une lésion bacillaire de l'œil et d'une autre affection tuberculeuse dans l'organisme, on peut tirer des probabilités, des hypothèses, et c'est ce qu'a fait Denig (1895). Cet auteur, faisant une statistique de tous les cas de tuberculose oculaire publiés avant son travail, arriva à cette conclusion.

Il y a deux formes de tuberculose oculaire, différant par leur étiologie et leur pronostic.

1^o) Tuberculoses *locales, primitives*, par inoculation

locale ayant peu de tendance à la métastase, classe la plus nombreuse, et d'un pronostic favorable.

2°) Tuberculoses *métastatiques* provenant d'un foyer situé plus ou moins loin de l'œil, et d'un pronostic plus sévère.

Il semble, à première vue, plus logique d'admettre que les affections du fond de l'œil, du segment postérieur et de l'iris sont d'origine endogène, et c'est l'opinion généralement admise.

D'un autre côté les localisations du bacille de Koch, sur le feuillet externe du mésoderme, cornée et sclérotique se rattachent mieux à l'infection de source ectogène par la conjonctive par exemple. Baumgarten a formulé une loi suivant laquelle la lésion apparaîtrait au point même de l'inoculation ; il en résulte une grande difficulté pour affirmer l'origine primitive de la tuberculose irienne ou ciliaire, car le tractus uvéal est à ce niveau bien protégé par la cuirasse scléro-cornéenne revêtue d'un épithélium infranchissable pour le bacille de Koch (Coppez).

Roger a contredit cette théorie, et pose en principe qu'il n'y a *aucune relation* entre le lieu de l'inoculation et la situation du premier foyer par lequel se manifeste l'infection. Cette nouvelle loi ne facilite pas l'interprétation pathogénique et s'appuie sur la doctrine du « *locus minoris resistentiæ* ».

Il est donc difficile actuellement d'assigner à une lésion tuberculeuse de l'œil telle ou telle origine.

Cependant, en rassemblant nos observations, nous avons été frappé de constater, d'une façon constante, l'absence de manifestations tuberculeuses sur l'iris et au fond de l'œil. Il est difficile de soutenir que si l'infection scléro-cornéenne était venue par la voie de la choroïde et du cercle ciliaire elle aurait pu le faire sans amener d'iritis. D'ailleurs dans presque tous les cas, on ne voit pas d'où partirait cette infection.

Dans l'observation III, les signes de tuberculose pulmonaire ne sont apparus que deux mois après l'attaque de sclérite.

Le maintien d'une bonne acuité visuelle, dans l'obs. I par exemple, empêche d'admettre la participation du segment postérieur. Car si un tubercule choroïdien avait coïncidé avec chacun des boutons de sclérite, la malade n'aurait jamais retrouvé après éclaircissement de sa cornée l'acuité visuelle que nous avons notée.

Nous pensons donc que dans les cas que nous rapportons, l'infection scléro-cornéenne n'était pas de source endogène.

Pour avoir la solution du problème pathogénique il faudrait surprendre le bacille à son entrée dans le segment antérieur, et constater sous quelle forme, peut être à peine perceptible, il se localise primitivement. **A** ce sujet, nous relaterons brièvement le cas d'une jeune fille de 23 ans, née de parents sains, ayant perdu un frère de phtisie pulmonaire, et que nous avons eu

récemment l'occasion d'observer à Nantes à la clinique de l'Hotel-Dieu. Elle était soignée depuis plusieurs mois dans le service de M. le Prof^r Dianoux. Au début, elle présenta une *épisccléríte* double qui résista au salicylate de soude. Puis survint une iridochoroïdite torpide, double, à marche traînante, et très analogue à celles que l'on constate chez les chloroanémiques, les affaiblies, états mal définis que M. le Prof^r Dianoux appelle des irido-choroïdites cachectiques. Au bout de trois mois survient une éruption de nodules jaunes sous-conjonctivaux, plus abondants dans l'hémisphère inférieur, et au dessus desquels, sur les deux yeux, passait la conjonctive très injectée. Mais ce qui semblait surtout remarquable c'était la dilatation extrême des lymphatiques de la conjonctive, qui revêtaient un aspect *variqueux*, *moniliforme*, avec des renflements aux points d'intersection. On eut dit une injection artificielle; l'inoculation d'un des tubercules a été pratiquée par nous à un cobaye, mais n'a pas encore donné de résultat. Sans préjuger aucunement de la nature de l'irido choroidite double, qu'a présentée la malade, nous signalons simplement l'aspect bizarre de la conjonctive, concordant avec la présence de tubercules sous conjonctivaux.

Si l'on se souvient que la tuberculose inoculée dans la peau, a pour premier stade la dilatation des lymphatiques, avec formation de granulations tuberculeuses aux dépens de ces varices, on est évidemment tenté de faire un rapprochement.

Nous ne voulons cependant pas essayer de tirer de ce simple fait clinique des conséquences, qui risqueraient d'entrer trop avant dans le domaine facile des hypothèses.

IV

La tuberculose oculaire est-elle curable ? Cette question, dont l'importance est grande, car elle domine la thérapeutique à employer en pareil cas, nous paraît difficile à établir d'une façon très absolue.

Elle est le corollaire de deux autres principes encore bien mal démontrés : la tuberculose oculaire est-elle toujours primitive, et le bacille de Koch subit-il de par son entrée dans le globe, une atténuation de virulence qui rend les interventions moins nécessaires ?

Il est évident que si le malade est atteint d'une affection bacillaire viscérale, de phtisie pulmonaire, par exemple, il n'est guère la peine de lui imposer une énucléation dans le but d'enrayer la généralisation (1).

Nous n'envisagerons que l'hypothèse dans laquelle la tuberculose oculaire se présente comme étant *cliniquement* sinon anatomiquement primitive.

Les auteurs sont très partagés sur la question de l'in-

(1) VAN DUYSE a d'ailleurs rapporté trois observations de guérison spontanée de tubercules iriens, dont une due à Parinaud, chez des sujets atteints de phtisie pulmonaire plus ou moins avancée.

tervention chirurgicale : il y a des abstentionnistes par système et des opérateurs quand même.

Les deux opinions s'appuyant sur des observations, la vérité se trouve bien probablement entre les deux extrêmes.

Il y a des cas où une énucléation hâtive n'a pas arrêté la généralisation : celui de Gautier de Bruxelles, par exemple, dans lequel un enfant de 9 ans, fut énucléé pour tubercules du cercle ciliaire et de l'iris, et mourut trois mois après de tuberculose méningée.

Par contre il ne manque pas d'observations de guérison complète, durable, dans des tuberculoses oculaires même très étendues.

On a cherché à expliquer ces guérisons de diverses façons. Pour les uns (Leber, Van Duyse), le bacille serait, par son passage dans l'œil, atteint dans sa vitalité, et Van Duyse avance même que les produits pathologiques qu'il peut y former ne donnent pas toujours de résultat positif dans les inoculations, comme certains produits cependant bien tuberculeux, par exemple des fragments d'artrite fongueuse.

Il oppose ce dernier argument à Vossius et Michel, pour qui les prétendus tubercules iriens ne seraient que des lymphômes survenant chez des affaiblis.

Leber a posé catégoriquement cet axiome que si un résultat positif était obtenu en pareil cas, par inoculation la preuve était faite. Mais que si le résultat était négatif,

on ne pouvait pas en conclure qu'il ne s'agissait pas de bacillose.

D'autres auteurs, Samelsohn par exemple, ne croient pas à cette atténuation du bacille mais expliquent par la plus ou moins grande résistance du terrain, les diverses modalités cliniques observées.

Il nous semble que si dans certains cas, on a pu histologiquement constater comme l'a fait Kalt, la structure type du tissu tuberculeux dans un œil (énucléé pour iridocyclite avec perforation de la sclérotique) et cela sans parvenir, par aucun procédé, à mettre un bacille en évidence, ce qui ferait croire au peu d'intensité de la virulence de ce bacille, il y a aussi des observations où l'on voit l'infection ayant semblé sommeiller pendant quelque temps revenir brusquement à la charge et aggraver les symptômes en résistant à la médication la mieux appropriée. Nous n'en prendrons pour type, que la religieuse de notre première observation, chez laquelle les récidives survinrent pendant près de six mois. Il est vrai qu'elle n'offrait pas une grande résistance à l'ennemi.

Dans les deux observations suivantes, la guérison a été constatée et s'est maintenue.

OBSERVATION XI inédite (Dianoux)

Fongus tuberculeux avec iritis tuberculeuse. — Ablation au thermo-cautère. — Guérison.

Enfant de quatre ans, amenée de la pointe du Raz pour un fongus accompagné d'iritis bacillaire, et occupant toute la

région externe sur 10 mm. de long, 4 mm. de large et autant d'épaisseur.

Gonflement palpébral, et injection conjonctivale violente, on eût dit un gliôme à la période de perforation.

Tension diminuée (le cercle ciliaire était évidemment en cause).

Ablation au thermo cautère.

Guérison pénible et cicatrisation lente.

Un an après, elle est revue, par hasard, au cours d'une excursion, et présente une kératite parenchymateuse en nappe occupant tout le secteur externe de la cornée. Elle est traitée.

Quatre ans après (janvier 1900) elle revient à Nantes pour y faire soigner les opacités qu'elle présente encore. La tension est excellente et le bulbe ne présente aucune trace du drame dont il a été le théâtre.

OBSERVATION XI inédite. (Parinaud)

Tubercule volumineux du fond de l'œil. — Tuberculose pulmonaire, tubercule cérébral probable. — Guérison.

M. X..., 12 ans, m'est amené en 1880 pour un trouble grave de l'œil gauche.

Je trouve la rétine soulevée par une volumineuse néoplasie du fond de l'œil, dissimulant la papille et proéminent dans un vitré parfaitement transparent. Vision abolie. — L'évolution a été indolore, sans réaction inflammatoire ni glaucômateuse.

Me basant sur un *reflet métallique particulier* que j'ai observé dans les tubercules volumineux de la choroïde et que j'ai signalé dans ma thèse, m'appuyant en outre sur l'évolution de la tumeur, et sur l'existence de tuberculose pulmonaire pour laquelle MM. les D^r Moizard et Izenard soignaient le malade, je portai le diagnostic de volumineux tubercule de la choroïde.

Deux ans après je revois le malade, qui a fait un séjour dans

le midi : il a présenté pendant ce séjour des accidents cérébraux graves, en particulier de l'épilepsie Jacksonnienne, indiquant une lésion en foyer.

Il est actuellement guéri de ces accidents et paraît aussi guéri de sa tuberculose pulmonaire.

En examinant le fond de l'œil, je ne fus pas peu surpris de trouver la tumeur complètement résorbée, et remplacée par une large tache d'atrophie choroïdienne, occupant les deux tiers environ de la portion visible du fond de l'œil. La perception visuelle ne subsiste qu'à la périphérie du champ visuel.

Le malade est encore vivant en 1900, et n'a présenté depuis aucun phénomène tuberculeux même à l'occasion d'affections qu'il a contractées, une rougeole entre autres.

Dans ces deux cas, cependant graves, une énucléation hâtive aurait fait perdre, dans le premier, un œil susceptible d'un fonctionnement relativement bon, dans le second, un organe nécessaire à l'esthétique.

Nous croyons donc, et c'est l'avis que beaucoup de cliniciens émettent, que dans les cas d'intensité moyenne, on doit toujours commencer par un traitement médical, réservant l'intervention aux cas dans lesquels, le processus tuberculeux ayant perforé la coque oculaire, et l'œil étant en pleine *purulence*, on peut craindre l'effet nuisible sur l'état général, d'un pareil foyer septique.

Il doit en être de la tuberculose de l'œil comme des tuberculoses localisées, celles des extrémités par exemple. Toute lésion bacillaire siégeant dans le domaine d'une artère terminale a peu de tendance à infecter l'organisme et on n'ampute pas la main pour une ostéite

tuberculeuse du doigt, à moins que les infections surajoutées et l'abondance de la suppuration ne soient pour l'organisme une source de dépérissement.

De Wecker a émis l'opinion que l'on pouvait considérer l'œil comme une cavité close, à l'intérieur de laquelle la tuberculose guérissait bien, sans propagation à l'extérieur.

Quel traitement peut-on opposer à de semblables manifestations ? D'abord, soutenir l'état général, employer une hygiène raisonnée, la superalimentation, l'air marin quand il n'y a pas de tuberculose pulmonaire.

A l'intérieur on emploiera avec succès l'huile de foie de morue additionnée de teinture d'iode (à la dose de 60 grammes par litre) qui donne de si brillants résultats à M. le professeur Dianoux à Pen-Bron, mais que nous croyons bon de ne pas continuer plus d'un mois de suite, en raison de la forte proportion d'iode que contient la préparation.

L'arsenic, le quinquina, l'iodoforme surtout, donné à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, mélangé au sulfate de quinine, sont de précieux auxiliaires.

La pommade à l'iodoforme pour l'usage externe donne quelquefois, accompagnée d'un léger massage qui la fait mieux pénétrer, de bons résultats.

Mais le traitement sur lequel nous croyons pouvoir compter avec le plus de sécurité est celui que M. le Prof^r Dianoux a mis à l'essai plusieurs fois avec succès

nous voulons parler des insertions sous conjonctivales de poudre d'iodoforme (1).

Le mode opératoire en est simple, nous l'avons décrit dans les obs. I et VIII. La seule difficulté matérielle consiste à faire pénétrer soit avec la curette, soit avec une douille de trocart le médicament sous la conjonctive: la poudre d'iodoforme est facilement arrêtée au niveau de l'orifice et on a de la peine à la faire progresser dans la poche sous conjonctivale.

La résorption se fait rapidement, en cinq ou six jours, sans douleurs, sans réaction inflammatoire et ce qui prouve l'imbibition certaine des tissus oculaires par le médicament, c'est la lenteur que mettent la seconde et la troisième application à se résorber. Il se produit évidemment une saturation.

Dans le cas où des opacités cornéennes subsistent, nous mettons un espoir très fondé dans les injections sous conjonctivales d'eau de mer stérilisée, méthode qui donne des résultats inespérés et que M. le Prof^r Dianoux a exposée au Congrès d'Utrecht 1899. C'est par ce moyen que la religieuse de l'obs. I est arrivée en quelques mois à lire le n° 6 de l'échelle de Wecker, et que l'enfant de l'obs. XI a recouvré une grande partie de son acuité visuelle.

(1) AMMAM (*Klinische Monats blüher für Augenheilk*, 1897)*a tenté l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure, mais sans succès.

CONCLUSIONS.

1°. — Nous avons rencontré une forme d'infiltration nodulaire de la cornée, accompagnée ou précédée de sclérite, affection récidivante, probablement tuberculeuse, et n'aboutissant pas toujours à l'ulcération. Une sclérite survenant chez une personne jeune, débile, résistant à la cocaïne et au salicylate de soude et ayant plusieurs foyers devra être suspecte.

2°. — Il y a de nombreux cas où la tuberculose oculaire, ne se présentant pas sous l'aspect nodulaire et granuleux dont on fait sa caractéristique, doit être méconnue et imputée à d'autres infections encore moins bien définies.

3°. — La tuberculose oculaire, même dans ses formes graves, doit toujours être considérée comme tuberculose locale, et par conséquent bénéficier tout d'abord du traitement médical, sauf au cas où il y aurait perfo-

ration du globe et permanence d'un foyer de suppuration.

4°. — La méthode du Prof^r Dianoux, qui emploie l'iodoforme en insertions sous conjonctivales, est à essayer dans les cas de tuberculose étendue du globe oculaire.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PANAS.

Vu : LE DOYEN :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Traité d'ophtalmologie de Wecker, de Panas, de Fuchs, Truc et Valude, etc.

HAENSELL. — *Arch. für. Ophtalmologie*, 1899.

BENSON. — Soc. d'opht. du Royaume-Uni, 1885.

PANAS et VASSAUX. — Compte rendu de la Soc. d'opht., Paris, 1885.

RACHET. — Th. Paris, 1889.

ROY et ALVAREZ. — *Revue Clinique d'oculistique*, 1885.

DIANOUX. — Congrès d'ophtalmologie, Paris, 1895.

COPPEZ. — *Revue générale d'ophtalmologie*, 1896.

BACH. — *Archiv. f. Augenheilk.*, 1894.

BURSTENBINDER. — *Von Græfe Arch.* 1895.

ZIMMERMANN. — Tub, *Von Græfe Archiv.*, 1895.

SAMELSOHN. — Soc. Heidelberg, 1893.

KALT. — Soc. de biologie, 25 février 1893.

VIGNES. — Soc. d'opht., Paris. 1893.

GIGLIO. — *Archivio d'Ottalmologia*, 1895.

MITWALSKY. — Soc. française d'ophtalmologie, 1895.

GAUTIER. — Soc. belge d'opht., Bruxelles, 1898.

AMMAM. — *Klinische. monats blatt. für Augenheilk.*, 1897.

VALUDE. — *Arch. d'opht.*, 1889.

SALIÈS. — Th. Paris, 1887.

NITOT. — Th. Paris, 1880.

PARINAUD. — *Gaz. heb de méd. et chir.*, 1884.

PANAS. — Rapport à la Soc. d'opht., XV^e Congrès (Paris)

DENIG. — *Rev. génér. d'opht.*, 1896.

GRUNERT. — *Arch. opht.*, N. Y., 1899.

(1) Nous n'avons rapporté ici que les ouvrages principaux consultés par nous au cours de ce travail. La bibliographie complète de la tuberculose oculaire n'entraîne ni dans les limites de notre thèse ni dans notre intention.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

PARIS

- AUSSET** (D^r), professeur agrégé. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-99. 3 vol. in-8, 1898. 15 fr.
- BERDAL** (D^r), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8. 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. — **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. — **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. — **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile 25 fr. »
- COURTADE**. — **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18, 1900. Broché, 5 fr., relié 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la 5^e édition allemande, par le D^r EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. — **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édition, revue et augmentée, in-18, rel. souple. 4 fr. »
- MAURANS** (D^r de). — **Compéndium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D^r DE MAURIANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr. »
- NOGUÉ**. — **Précis de posologie infantile**. In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÈR** (d'Avignon). — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D^r E. VALUDE. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. 6 fr. »
- PANSIÈR** (d'Avignon). — **Traité de l'œil artificiel**. 1 vol. in-18, cart., avec g., 1895. 4 fr. »
- APFER**. — **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- RUC**, professeur de clinique ophthalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — **Nouveaux éléments d'ophthalmologie**. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- JARIOT**. — **La diphtérie et la sérumthérapie**. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophthalmologie. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »

BUZANCAIS (INDRE). — IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN